



Pravna Pomoć



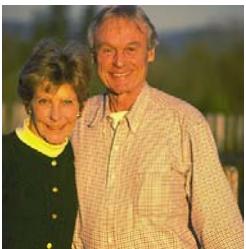
Prehrambena Pomoć



Zdravstvena Pomoć



Generalna Pomoć za
Nezaposlene



Njega u Staračkom
Domu ili Kućna
Njega

Ljudi Pomažu Ljudima

Aplikacija za Povlastice

Application for Benefits

Pitanja i Odgovori

Ako trebate pomoć u čitanju ovoga, molimo zatražite pomoć recepcionara.

P. Kako se prijavljujem za povlastice?

O. Lako je – samo ispunite prijavu. Označite kvadraći u vrhu stranice 2 ako trebate pomoć u ispunjavanju ovog formulara. Datum kada se prijavite utiče na to kada će početi vaše povlastice. Ako se prijavljujete za drugu osobu, odgovorite na pitanja s podacima o toj osobi. **Trebamo barem vaše ime, adresu i potpis na stranici 2 da počnemo proces prijavljivanja i stranice 3 i 4 da završimo proces prijavljivanja.** Ako nemate adresu, molimo vas obratite se recepcionaru kada budete predavali prijavu da možemo saznati kako da vas kontaktiramo. Formular možete predati recepcionaru ili ga poslati poštom u lokalni Urded za usluge u zajednici (eng. Community Services Office - CSO). Za dugoročne usluge pomoći, formular pošaljite poštom u vaš lokalni Urded za usluge u kući i zajednici (eng. Home and Community Services Office). Nećete trebati intervju ako se prijavljujete samo za ljekarski.

P. Šta ako odmah trebam hranu?

O. Ispunite pitanja od 1 do 14, i odnesite ih odmah recepcionaru. Ako niste u lokalnom uredu, formular pošaljite poštom ili donesite u lokalni ured. Možete dobiti prehrambenu pomoć u roku od pet (5) dana od datuma prijema aplikacije ako:

- Pokažete dokaz o svom identitetu; i
- Vaše domaćinstvo ima veoma male prihode i imovinu; ili
- Prihodi i imovina vašeg domaćinstva nisu dovoljni da pokriju troškove stana i komunalija zajedno; ili
- U vašem domaćinstvu imate siromašnog doseljenika ili sezonskog radnika.

P. Kada će moje povlastice početi?

O. Ako ste prikladni za novčanu pomoć, vaše povlastice će početi od datuma kada dobijemo sve informacije za odluku da ste prikladni. Ako ste prikladni za prehrambenu pomoć, početak vaših povlastica je obično datum kada primimo aplikaciju. Za ljekarski, početak vaših povlastica zavisi od zdravstvenog programa za koji ste podobni i datuma kada primimo vašu aplikaciju. Možete tražiti za pomoć kod starih računa za ljekarski.

Važne Informacije o Izbjegličkom Statusu i Brojevima Socijalnog Osiguranja

- Možete se prijaviti za povlastice za članove familije čak i ako ti članovi familije nisu kvalifikovani radi izbjegličkog statusa. Država Washington ima zdravstvene programe za osobe bez broja socijalnog osiguranja ili dokaza o izbjegličkom statusu.
- Ako trebate novčanu ili prehrambenu pomoć, morate predati brojeve socijalnog osiguranja samo za osobe koje se prijavljuju. Ipak možete dobrovoljno predati brojeve osiguranja i mi ćemo ih iskoristiti da utvrđimo potrebne informacije u određivanju prikladnosti, kao što su vaši prihodi. Ako odlučite da ne predate vaš broj socijalnog osiguranja ili izbjeglički status, vaši prihodi i imovina ipak moraju biti utvrđeni ako je potrebno utvrditi prikladnost.

Američki odjel za poljuprivredu (eng. U.S. Department of Agriculture - USDA) zabranjuje diskriminaciju u svim svojim programima i aktivnostima na osnovu rase, boje, spola, vjere, nacionalnog porijekla ili političkih uvjerenja. Osobe sa poteškoćama koje zahtjevaju alternativne vidove komunikacije (Brajlovo pismo, velika slova, audio trake, itd.) trebaju kontaktirati USDA TARGET Center na (202) 720-2600 (voice and TDD). Da bi uložili žalbu o diskriminaciji, pišite na USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ili nazovite (202) 720-5964 (voice and TDD). USDA pruža jednake šanse za sve.



APLIKACIJA ZA POVLASTICE

Ako trebate pomoći pri ispunjavanju ovog formulara, molimo označite kvadratič i odnesite formular recepcionaru.

FOR OFFICE USE ONLY

DATE RECEIVED

INITIALS

1. IME	SREDNJI INICIJAL	PREZIME	POTPIS (OBAVEZAN)	2. KLIJENTOV ID BROJ (AKO IMA)	
3. ADRESA ULICE GDJE ŽIVITE		GRAD	DRŽAVA	ZIP KOD	4. KUCNI ILI BROJ TELFONA ZA PORUKE
5. POŠTANSKA ADRESA (AKO JE RAZLIČITA)		GRAD	DRŽAVA	ZIP KOD	6. BROJ TELEFONA NA POSLU
9. Prijavljujem se za (zabilježite sve što treba): <input type="checkbox"/> Novac <input type="checkbox"/> Njegu u staračkom domu <input type="checkbox"/> Hranu <input type="checkbox"/> Liječenje od dorga i alkohola <input type="checkbox"/> Ljekarski <input type="checkbox"/> COPES (Pomoći pri življenju ili kućnu njegu)					<input type="checkbox"/> Ostalo (navedite): _____
10. Koliko novca očekujete da će vaše domaćinstvo dobiti ovoga mjeseca: \$ _____					7. E-MAIL ADDRESS
11. Koliko novca ima vaše domaćinstvo u gotovini i bankovnim računima: \$ _____					8. BROJ MOBITELA
12. Koliko vaše domaćinstvo plaća za stanarinu ili hipoteku: \$ _____					
13. Koje komunalije vaše domaćinstvo plaća: <input type="checkbox"/> grijanje/hlađenje <input type="checkbox"/> telefon <input type="checkbox"/> ostalo: _____					
14. Da li je neko u vašem domaćinstvu sezonski radnik? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne					

FOR OFFICE USE ONLY Household eligible for expedited service. Yes No **Screener's Initials:** _____ **Date:** _____

15. Trebam telefonski intervju jer sam: <input type="checkbox"/> Starija osoba <input type="checkbox"/> Invalid <input type="checkbox"/> Zaposlen <input type="checkbox"/> Druge okolnosti: _____
16. <input type="checkbox"/> Trebam prevodioca. Ja govorim: _____ ili <input type="checkbox"/> znakove; Želim da su slova u: _____
17. Ako se prijavljujete za prehrambenu pomoći, za koliko ljudi u domaćinstvu kupujete i pripremate hranu?
18. U proteklih 30 dana, primio-la sam novčanu, prehrambenu, ili zdravstvenu pomoći od druge države ili izvora: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
19. Ja ili neko za koga se prijavljujem je osuđen za zločin povezan s drogom nakon 08/21/96: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
20. Ja ili neko za koga se prijavljujem bježi od zakona da izbjegne suđenje ili zatvor za počinjeni zločin: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
21. Ja ili neko u domaćinstvu imamo (označite sve što važi): <input type="checkbox"/> Hitan zdravstveni problem <input type="checkbox"/> Obavijest o deložaciji <input type="checkbox"/> Trudnoću; treba roditi: _____ <input type="checkbox"/> Nasilje u kući <input type="checkbox"/> Invaliditet (navedite vrstu): _____ <input type="checkbox"/> Isključene komunalije ili nema grijanja
22. Sljedeći podaci su dobrovoljni i neće biti korišteni za određivanje vaše prikladnosti za povlastice. Moje etničko porijeklo je Špansko ili Latinsko: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Smatram da sam rase (označite sve što važi): <input type="checkbox"/> Bijelac <input type="checkbox"/> Crnac ili Afro-Amerikanac <input type="checkbox"/> Azijat <input type="checkbox"/> Urođenik sa Hawaja ili drugog pacifičkog otoka <input type="checkbox"/> Američki Indijanac ili urođenik sa Aljaske; ime plemena: _____ <input type="checkbox"/> Ostalo (navedi): _____

23. Navedite sve članove domaćinstva i ako se ne prijavljujete za njih (priložite dodatne papire, ako je potrebno).

IME (PRVO, SREDNJE, PREZIME)?	KAKO JE OVA OSOBA U RODU SA VAMA?	ŽELITE LI POVLASTICE ZA OVU OSOBU? DA NE	DATUM ROĐENJA	NEOBAVEZNO ZA ONE KOJI SE NE PRIJAVLJUJU			SPOL M ILI Ž
				AMERIČKI DRŽAVLJANIN? DA NE	AKO NISTE DRŽAVLJANIN IMATE LI DOKUMENT O STATUSU? DA NE	BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA	
	Ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

IME APLIKANTA	BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJ	KLIJENTOV IDENTIFIKACIJSKI BROJ				
I. Opšte Informacije						
1. Svi za koje se prijavljujem žive u državi Washington: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako da, otkad (navesti datum): _____						
2. Ja ili neko u domćinstvu je sponzorisan stranac: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne						
3. Neko je trenutno van moga doma: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako da, ko (navedite): _____						
4. Ja ili neko u domćinstvu je veteran ili zavisi od veterana ili je supružnik vetrana (živog ili preminulog): <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne						
5. Ja živim u: <input type="checkbox"/> Vlastitoj kući ili stanu <input type="checkbox"/> Kući roditelja <input type="checkbox"/> Grupnom domu <input type="checkbox"/> Ustanovi (navedi tip): _____ <input type="checkbox"/> Ostalo: _____						
6. Ja sam: <input type="checkbox"/> Samac <input type="checkbox"/> U braku <input type="checkbox"/> Razveden-a <input type="checkbox"/> Živim odvojeno <input type="checkbox"/> Udovac (udovica)						
II. Informacije o Ljekarskom i Zdravstvenom Osiguranju						
Ja ili mi (označite odgovarajuće kvadratiće):						
1. Imam zdravstvene probleme koji me (nas) sprječavaju da radimo <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne						
2. Imam neplaćene račune ljekarskog <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne						
3. Trebam pomoć sa neplaćenim ljekarskim računima u nekom od prošla tri (3) mjeseca <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne						
4. Planiram posjetiti, već sam u, ili sam nedavno napustio medicinsku ustanovu (kao što je bolnica ili starački dom)..... <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne						
5. Imam zdravstveno osiguranje (uključujući Tricare ili Long-Term Care osiguranje) <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne						
6. Imam Medicare (PAZITE: Ovo nije isto kao imati medicinske kupone)..... <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne						
7. Imao-la sam nesreću koja zahtijeva medicinsku njegu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne						
III. Imovina						
Ne morate ispunjavati ovaj dio ako se prijavljujete SAMO za Diečiji liječnički ili Trudnički liječnički.						
Pored stavki nabrojanih dole, ostali oblici imovine uključujući gotovinu, novčanu pomoć drugih, prodajne ugovore, živinu, usjeve, i poslovnu opremu.						
1. Ja, moj supružnik, ili neko za koga se prijavljujem ima imovinu: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako da, navedite ispod:						
TIP IMOVINE?	ČIJA JE TO IMOVINA?	GDJE JE IMOVINA? (NPR. U BANCI)	KOLIČINA ILI VRIJEDNOST	ČIJA JE TO IMOVINA?	GDJE JE IMOVINA? (NPR. U BANCI)	KOLIČINA ILI VRIJEDNOST
Čekovni račun (i)			\$			\$
Štednja ili credit union račun (i)			\$			\$
CD ili money market račun (i)			\$			\$
Fondovi ili godišnji prihodi			\$			\$
Dionice, obveznice ili uzajamni fondovi			\$			\$
Penzioni fond ili IRA			\$			\$
Pogrebni i fondovi za pogrebne troškove			\$			\$
Životno osiguranje			\$			\$
Svojina			\$			\$
Ostalo:			\$			\$
Ostalo:			\$			\$
2. Ja, moj supružnik, ili neko za koga se prijavljujem je prodao, trgovao, poklonio, ili prenasio imovinu u posljednjih pet (5) godina (uključujući prenos u zaklade ili nepokretnu imovinu): <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ako da, šta: _____ Kada: _____						
3. Ja imam ili neko za koga se prijavljujem ima sljedeća vozila (uključujući kamione, kombije, čamce, i prikolice):						
GODINA (NPR., 1980)	TVORAC (NPR., FORD)	MODEL (NPR., ESCORT)	JE LI OVO VOZILO IZNAJMLJENO?	JA (MI) KORISTIMO OVO VOZILO U MEDICINSKE SVRHE.	JA (MI) JOŠ UVJEK DUGUJEMO ZA OVO VOZILO.	
			<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	
			<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	

IV. Prihodi

1. Ja, moj supružnik, ili neko za koga se prijavljujem ima prihode: Da Ne Ako da, molimo ispunite ovaj dio:

IME I BROJ TELEFONA POSLODAVCA	PRIMLJENA BRUTO VRIJEDNOST (KOLIČINA U DOLARIMA PRIJE POREZA) \$ _____ svakih: <input type="checkbox"/> Sat <input type="checkbox"/> Sedmicu <input type="checkbox"/> Dvije sedmice			
Je li ovaj posao samozapolenje? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Dvaput mjesечно <input type="checkbox"/> Mjesečno Sati sedmično: _____			
Ko stavara prihode:	Datumi plate (npr. 1-vi i 15-ti, ili svakog petka): _____			
IME I BROJ TELEFONA POSLODAVCA	PRIMLJENA BRUTO VRIJEDNOST (KOLIČINA U DOLARIMA PRIJE POREZA)			
Je li ovaj posao samozapolenje? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	\$ _____ svakih: <input type="checkbox"/> Sat <input type="checkbox"/> Sedmicu <input type="checkbox"/> Dvije sedmice			
Ko stavara prihode:	<input type="checkbox"/> Dvaput mjesечно <input type="checkbox"/> Mjesečno Sati sedmično: _____			
Datumi plate (npr. 1-vi i 15-ti, ili svakog petka): _____				

2. Ja, moj supružnik, ili neko za koga se prijavljujem je dao otkaz u zadnjih 60 dana. Da Ne

3. OSTALI PRIHODI	KO DOBIJA PRIHODE?	BRUTO MJESEČNA VRIJEDNOST	KO DOBIJA PRIHODE	BRUTO MJESEČNA VRIJEDNOST
Povlastice za nezaposlene		\$		\$
Socijalno Osiguranje		\$		\$
Prihod od dodatnog osiguranja (eng.SSI)		\$		\$
Alimentacija ili izdržavanje supružnika		\$		\$
Penzija		\$		\$
Povlastice veteranske administracije (VA) ili vojne		\$		\$
Povlastice radnog i industrijskog osiguranja (L&I)		\$		\$
Fondovi ili godinšnji prihodi		\$		\$
Ostalo:		\$		\$

V. Mjesečni troškovi

STANARINA	HIPOTEKA	IZNAJMLJIVANJE PROSTORA	KUĆEVLASNIČKO OSIGURANJE	POREZ NA IMOVINU	PROCJENA IMOVINE
\$	\$	\$	\$	\$	\$

Komunalije (označite što je potrebno): Struja (ne grijanje) Phone Grijanje (plin, struja, gorivo) Voda, kanalizacija, smeće Druga osoba ili agencija mi plaća sve ili djelimične troškove prihvatišta: Da Ne

Ako da, ko: _____ Koje troškove: _____ Količina koju plaćaju: \$ _____

Ja (mi) plaćamo ili bi trebali plaćati (označite što treba):

<input type="checkbox"/> Dječiju ili njegu skrbnika	Mjesečna vrijednost: \$	Ko plaća:
<input type="checkbox"/> Alimentaciju	Mjesečna vrijednost: \$	Ko plaća:
<input type="checkbox"/> Račune ljekarskog	Mjesečna vrijednost: \$	Ko plaća:

IZJAVA I POTPIS

Pročitao-la sam (ili su mi objašnjena) prava i odgovornosti i primo-la sam primjerak Prava i odgovornosti klijenta, DSHS 14-113(X). Moram prijaviti izmjene kao što zahtjeva odjel. Moram obezbijediti dokaz o prikladnosti. DSHS mi može pomoći u dobijanju dokaza ili kontaktiranju osoba ili agencija u tom cilju. Dobijajući Pivremenu pomoći siromašnim familijama (eng. Temporary Assistance to Needy Families - TANF) ili povlastice zdravstvene njegi, dodjeljujem određena prava na zdravstvenu njegu i alimentaciju državi Washington. Izjavljujem da uz mogućnost tužbe za lažnu izjavu da su informacije koje sam naveo u ovoj aplikaciji istinite, tačne i kompletne, prema mojim saznanjima. Razumijem da mogu biti krvično progonjen ako nepravedno primim gotovinu, hranu ili zdravstvenu njegu jer sam samovoljno dao lažnu izjavu ili samovoljno izostavio nešto što nisam trebao. Samo aplikant može potpisati ako se prijavljete za Prehrambenu pomoći. Ako se prijavljujete za nočanu ili prehrambenu pomoći, svi punoljetni članovi domaćinstva se moraju potpisati.

POTPIS APLIKANTA	DATUM	POTPIS DRUGOG PUNOLJETNOG APLIKANTA	DATUM
POTPIS POMOĆNIKA ILI PREDSTAVNIKA	DATUM	POTPIS SVJEDOKA AKO JE POTPISANO SA "X"	DATUM